



GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO – CIB Nº 77 /2006, de 20 de novembro de 2006.

Dispõe sobre o Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Tocantins;

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições da Portaria nº 931/1997, em especial o art. 2º, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os arts. 5º e 14º, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a análise, discussão e pactuação do Plenário da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Extraordinária realizada em 20 de novembro de 2006;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Tocantins na forma do anexo;

Art.2º Esta Resolução entra em vigor nesta data;


Gismar Gomes
Presidente



**GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE SAÚDE**

**Proposta Metodológica de Monitoramento e
Avaliação da Atenção Básica
Tocantins**

**PALMAS
Outubro – 2006**

Governo do Estado do Tocantins
Marcelo de Carvalho Miranda

Secretaria de Estado da Saúde
Gismar Gomes

Diretoria de Assistência à Saúde
Margareth Vicentini

Coordenação Estadual da Atenção Básica
Regiane Rezende

Gerência Técnica de Estratégias
Sandra Cristina Oliveira Santos

Gerência Técnica Materno-Infantil
Milena Alves de Carvalho Costa

Elaboração:
Regiane Rezende
Sandra Cristina Oliveira Santos
Milena Alves de Carvalho Costa

Colaboração - Áreas Técnicas da Atenção Básica
Estratégias:
Saúde da Família
Saúde Bucal
Escolas Promotoras de Saúde

Materno-infantil
Saúde da Mulher
Saúde da Criança
Saúde do Adolescente
Alimentação e Nutrição
Hipertensão e Diabete

Sumário

A implementação do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família, pelo Ministério da Saúde, com a colaboração do Banco Mundial, contempla a elaboração de Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (AB). Este documento trata da metodologia para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica que está sendo construída a partir da integração das demandas feitas à Coordenação Estadual e da análise e adequação da proposta metodológica sugerida pelo Centro Colaborador aos objetivos e estratégias para o Fortalecimento da Atenção Básica, traçados pela Equipe estadual.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (portaria MS 648) define que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. A operacionalização da Atenção Básica caracteriza-se também por meio da utilização de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território e deve ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde.

A atenção básica deve orientar-se pelos princípios da Universalidade, Acessibilidade e da Coordenação do Cuidado, do Vínculo e Continuidade, da Integralidade, Responsabilização, Humanização e da Equidade e Participação Social. Todas estas dimensões precisam ser consideradas para a gestão, organização, monitoramento e avaliação dos serviços referentes à Atenção Básica.

Segundo STARSFIELD 2002, sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária alcançam melhores indicadores de saúde, têm menores custos e maior satisfação dos usuários. Contudo para alcançar estes resultados faz-se necessário o fortalecimento da AB em seu aspecto organizativo e operacional incluindo a institucionalização e o reconhecimento do seu papel e potencial no sistema de saúde, por todos os atores sociais envolvidos direta ou indiretamente.

Considera-se desta forma que fortalecer a Atenção Básica prescinde uma visão sistêmica tanto do processo de produção da saúde, quanto da organização dos serviços e desenvolvimento dos processos de trabalho. Neste sentido o Plano de Monitoramento e Avaliação representa uma parcela do que necessita ser desenvolvido para o Fortalecimento da Atenção Básica. Partindo deste pressuposto a proposta para o Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, integra a necessidade de promover a desconstrução e a reconstrução coletiva de aspectos conceituais, teóricos e práticos partindo das experiências e vivências pessoais e coletivas promovendo o desenvolvimento de habilidades, instrumentos e a construção coletiva do conhecimento, em um processo de educação permanente. Este processo está sendo concretizado por meio da elaboração coletiva das Linhas de Gestão Atenção e Cuidado, produzidas com o intuito de orientar o processo de educação permanente para o Fortalecimento da Atenção Básica no Tocantins. A construção e implantação das Linhas Guia de Gestão, Atenção e Cuidado busca promover a produção de sentido na operacionalização das diversas dimensões da Atenção Básica apresentadas anteriormente, desde o alinhamento conceitual ao processo de monitoramento e avaliação.

Desta forma a elaboração da Linhas-Guia segue a seguinte organização:

Aspectos Conceituais

- Conceitos e evolução epistemológica da saúde
- Determinantes sociais da saúde
- Modelos de Desenvolvimento
- Modelos de Atenção a Saúde.
- Modelos de Gestão e Gerência.
- Modelos de Formação.
- Modelos de processo de Ensino e Aprendizagem.
- Definição dos Domínios de Avaliação para a Atenção Básica: pilares, valores, condicionantes e determinantes a partir das reflexões e construções coletivas.

Políticas públicas e Saúde no Brasil

- Linha do Tempo: A Saúde no Brasil, na perspectiva do direito e da participação social.
- Sistema Único de Saúde
- Pacto pela Saúde
- Atenção Primária

- Atenção Primária e Sistema Único de Saúde – política, aspectos legais, pactuações, controle e regulação.
- Estratégias do Sistema Único de Saúde para implementar a Atenção Primária: PACS e Estratégia Saúde da Família.

Organização do Processo de trabalho

Trabalho em Equipe

Participação da comunidade

Territorialização - Diagnóstico e análise situacional

- Diagnóstico: perfil demográfico, sócio- econômico e cultural, perfil epidemiológico, sanitário, ambiental, dos serviços. Diagnóstico familiar
- Distribuição das informações no território
- Análise Situacional e identificação de fatores de risco e fatores protetores, no território
- Alinhamento de critérios para classificação de risco: Coletivo “território” – familiar – individual.
- Classificação de risco: Coletivo “território” – familiar – individual

A estratificação de Risco irá influenciar a definição da Linhas de Cuidado.

Planejamento Estratégico

- Revisão dos Domínios da Avaliação
- Avaliação dos Campos de Força: Debilidades, Ameaças, Fortalezas e Oportunidades – contribuição para construção de uma visão mais realística
- Construção coletiva da Visão – Missão
- Identificação e priorização de problemas
- Árvore de Problemas e de Objetivos

Programação - Plano de intervenção.

Programação conforme

- Prioridades do Planejamento Estratégico;
- Prioridades do Pacto pela Saúde ;
- Áreas programáticas: programação da rotina – linhas de cuidado coletivo, familiar e individual.
- Atendimento às Urgências e Emergências (acolhimento – classificação de risco).
- Análise de viabilidade;
- Análise de consonância com os Domínios de Avaliação definidos no início do processo e possibilidade de modificação dos Campos de Força encontrados inicialmente.

Plano de Monitoramento e Avaliação

- Monitoramento e Avaliação: pressupostos e referenciais conceituais e metodológicos.
- Pactuação de indicadores, metas, planos de trabalho e investimento conforme programação desenvolvida.
- Análise da evolução ou involução dos fatores de risco e fatores protetores, identificados no diagnóstico e análise situacional.
- Monitoramento e Avaliação de Estrutura, Processo e Resultado referentes aos indicadores, metas, plano de trabalho e investimento programados.

Contratualização dos Municípios e Equipes:

Pactuação de indicadores, metas, planos de trabalho e investimento com vistas a contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica a institucionalização do Monitoramento e Avaliação, assessoria com Base em Evidências e alocação equitativa de recursos.

Para a implantação junto aos municípios pretende-se uma reconstrução das mesmas a partir da realidade local, por meio do processo de educação permanente, com o objetivo de desenvolver a autonomia local para a gestão, atenção e cuidado no âmbito da Atenção Básica. Vale ressaltar que a CEAB-TO entende o Monitoramento e Avaliação como parte indissociável deste processo.

A necessidade de conhecer a realidade da Atenção Básica no Estado é imperativa para a otimização e alocação de recursos para áreas comprovadamente enfraquecidas e fragilizadas tanto no âmbito estadual quanto municipal.

Um exemplo claro pode ser constatado a partir de um breve estudo das demandas e roteiros de viagens realizadas até o presente momento pela Equipe Estadual de Saúde da Família: foram cumpridos 22 roteiros de viagens atendendo a 53 municípios, dentre estes roteiros 32% (7) foram efetivados para a verificação de denúncias e 63% (14) para processo seletivo e vistoria, sendo que a vistoria é realizada conforme solicitação dos municípios para a implantação de novas equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, estas atividades tiveram que ser priorizadas para não penalizar os municípios quanto ao recebimento de recursos do Ministério da Saúde, prejudicando o cumprimento das atribuições de monitoramento, avaliação e assessoria. Esta priorização deu-se em razão do remanejamento do recurso previsto no PPA para a estratégia Saúde da Família e pela redução do número de profissionais da equipe estadual, que em razão da SESAU não ter regionais, necessita no mínimo de 1 responsável técnico, 8 técnicos e 2 assistentes administrativos e atualmente conta com 1 responsável técnico e 3 técnicos em período integral, sendo uma assistente

social, uma odontóloga por meio período, e 1 assistente administrativo. As demais áreas da Coordenação da Atenção Básica também têm sofrido com a falta de técnicos que pode ser percebida na dificuldade de assessoria aos municípios. Segue quadro abaixo demonstrando esta situação:

Quadro I: Necessidade de recursos humanos para compor as áreas técnicas da coordenação Estadual da Atenção Básica.

Áreas Técnicas	Nº mínimo de Profissionais necessários	Nº de profissionais atual	Déficit
Saúde da Família	de 1 responsável técnico, 8 técnicos e 2 assistentes administrativos	1 responsável técnico e 4 técnicos em período integral (sendo 1 assistente social), 1 técnico meio período (dentista) e 1 assistente administrativo	4 técnicos (enfermeiros) e 1 assistente administrativo
Escolas Promotoras de Saúde	1 responsável técnico, 4 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 responsável técnico, 2 técnicos período integral e 2 técnicos meio período. 1 assistente administrativo.	1 técnico período integral
Saúde Bucal	1 responsável técnico, 5 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 responsável técnico, 1 técnico período integral e 3 técnicos meio período. 1 assistente administrativo	4 técnicos período integral
Hipertensão e diabetes	1 responsável técnico, 3 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 técnico (assistente social) e 1 assistente administrativo	1 responsável técnico e 3 técnicos (enfermeiro, nutricionista, educador físico/fisioterapeuta)
Alimentação e Nutrição	1 responsável técnico, 3 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 responsável técnico, 1 técnico período integral.	2 técnicos (nutricionistas) e 1 assistente administrativo
Saúde da Criança	1 responsável técnico, 3 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 responsável técnico e 1 assistente administrativo	3 técnicos
Saúde da Mulher	1 responsável técnico, 3 técnicos período integral, 1 assistente administrativo.	1 responsável técnico, 1 técnico período integral e 1 assistente administrativo.	2 técnicos
Saúde do Adolescente	1 responsável técnico, 3 técnicos e 1 assistente administrativo	1 responsável técnico, 3 técnicos e 1 assistente administrativo	-
Núcleo de Monitoramento e Avaliação.	3 técnicos 1 administrativo	nenhum	3 técnicos 1 administrativo
Coordenação da Atenção Básica	1 coordenador, 2 gerentes e 2 assistentes administrativos (período integral)	1 coordenador, 2 gerentes e 2 assistentes administrativos (meio período)	2 assistentes administrativos período integral
Total	58 pessoas	37 pessoas sendo que 8 técnicos fazem meio período	20 pessoas (contando os períodos descobertos: déficit de 28 pessoas)

Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – processo de construção e proposta preliminar.

Em 2006 várias demandas foram feitas à Coordenação da Atenção Básica (CEAB): PROESF- Centro Colaborador (Plano de Monitoramento e Avaliação - M&A da AB); Consultoria (Linhas-guia); DAD (Pacto pela Vida em defesa do SUS e de Gestão); CONASS (Projeto de M&A para AB); DAB - Implantação do instrumento de Avaliação da Melhoria da Qualidade (AMQ); Implantação do programa de gestão por resultados da Atenção Básica (PROGRAB), somando aos desafios, a produção de sentidos, apropriação do processo de trabalho e institucionalização das políticas, conceitos, teorias e práticas construídas coletivamente na integração destas demandas.

Para este processo foi realizado um estudo dos relatórios, referenciais teóricos e instrumentos utilizados pelo Centro Colaborador para a capacitação do grupo, em seguida foi feita uma entrevista com alguns integrantes identificados como "informantes-chave" pelos colegas, por terem demonstrado maior apropriação dos conteúdos ministrados.

A identificação da metodologia utilizada para a apresentação dos conteúdos e utilização dos instrumentos, bem como as dificuldades de compreensão e utilização dos mesmos, explicitadas por este grupo, aliadas às queixas de outros participantes, orientou o desenvolvimento da oficina de Planejamento Estratégico, que teve como um de seus objetivos minimizar as dúvidas e produzir sentido quanto a utilização de alguns instrumentos do planejamento estratégico, na elaboração de planos de intervenção e planos de monitoramento e avaliação para a Atenção Básica no Tocantins. O desenvolvimento desse processo está descrito, a seguir, em etapas para melhor compreensão, contudo várias atividades acontecerão simultaneamente:

1ª etapa: reflexão sobre a gestão, função gerencial e identificação de habilidades e competências necessárias. 2ª etapa: Construção coletiva: dos conceitos Saúde/Adoecimento, AB e Promoção da Saúde, dos Modelos de Gestão e Atenção à Saúde e dos Domínios da Avaliação para a AB (valores a serem observados, pilares fortalecidos e condicionantes a serem modificados a partir das ações desenvolvidas). Reflexão sobre o cuidado, tecnologias e espaços intercessores: Estado/Municípios, sobre a influência das diversas forças que operam nestes espaços e sobre a influência da Visão no processo de equilíbrio entre estas forças e tecnologias. 3ª etapa: Planejamento Estratégico da AB; Avaliação dos Campos de Força; Construção coletiva da Visão e da Missão; Identificação e priorização dos Problemas; Identificação dos âmbitos de resolução e possíveis parceiros; Abertura do planejamento à

participação de outros atores, setores e instituições; Construção coletiva de Linhas-guia de Gestão, Atenção e Cuidado como instrumento de apoio e orientação para a resolução dos problemas, fortalecimento da AB (incluindo o desenvolvimento e institucionalização do Monitoramento e Avaliação) e efetivação das PNAB, PNPS e do Pacto pela Saúde.

A proposta metodológica para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica apresentada pelo Centro Colaborador, consistiu na apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos grupos formados durante a capacitação. Foi apresentada como proposta metodológica os indicadores selecionados a serem acompanhados para o âmbito estadual e municipal e os planos de ação para trabalhar estes indicadores (Anexo 1). A orientação dada aos grupos foi para levantar informações quanto a estes indicadores: fonte, fluxo, responsáveis... para em seguida iniciar os trabalhos junto aos municípios. Durante este processo de levantamento surgiram várias dúvidas quanto ao desenvolvimento do Monitoramento e Avaliação. Tais dúvidas foram expressas também pela compreensão de que as atividades propostas pelo CC seriam exercícios a serem realizados e não a operacionalização de uma Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação. Desta forma, para estes participantes, indicadores e planos de ação não caracterizavam uma proposta metodológica capaz de subsidiar o desenvolvimento de Planos de Monitoramento e Avaliação junto aos municípios, em suma as equipes, em especial os integrantes da Atenção Básica não se sentiram seguros quanto ao desenvolvimento da metodologia proposta. Em decorrência desta questão, aliada à aproximação do término do contrato com o Centro Colaborador e da proposta de desenvolvimento de um processo mais amplo para o Fortalecimento da Atenção Básica, foi solicitado ao Centro Colaborador que desenvolvesse junto aos grupos a perfilização dos indicadores selecionados. *A perfilização dos indicadores foi priorizada pela necessidade de identificar parâmetros que pudessem orientar uma avaliação mais adequada à realidade do Tocantins, considerando suas especificidades locais. A partir da análise deste processo a CEAB, buscou desenvolver uma proposta metodológica para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, descrito a seguir.

*A equipe da CEAB aguarda o relatório do Centro Colaborador com os resultados da perfilização dos indicadores.

Bases Conceituais

Na perspectiva do fortalecimento da AB algumas questões subsidiaram a busca de referências e evidências para o alcance dos resultados ideais no que se relaciona à gestão, organização e gerência:

- Que modelo de gestão, monitoramento e avaliação o processo de fortalecimento da AB requer?
- Que modelo de formação e de ensino e aprendizagem este processo de desenvolvimento e fortalecimento da AB requer?
- Quais estratégias e instrumentos poderiam subsidiar e contribuir para este processo?

A partir da reflexão sobre estas questões, foram identificados três eixos a serem adotados como estruturantes para o fortalecimento da AB: a gestão norteada pela gestão estratégica complementada pelo modelo das organizações que aprendem, pelo método da roda para a co-gestão de coletivos e pela gestão baseada em evidências; a formação, em uma perspectiva de educação permanente e o processo de ensino e aprendizagem seguindo os princípios da andragogia e educação popular. As metodologias já utilizadas no desenvolvimento dos trabalhos do Centro Colaborador, CONASS e para a construção das Linhas Guia, também influenciaram a definição de referências metodológicas e de instrumentos para a operacionalização das propostas. Desta forma foi definida como estratégia central para o Fortalecimento da AB a realização do Planejamento integrado, participativo e estratégico de forma processual para a CEAB. Para a operacionalização do planejamento foram definidos como instrumentos as Linhas Guia.

No âmbito da gestão, buscamos modelos e métodos convergentes sobre os quais partilhamos da mesma reflexão feita por Rivera (2003) com relação à necessidade de flexibilização e do entendimento da gestão como intersubjetividade discursiva e processo de desenvolvimento de aprendizagem, solidariedade e redes criativas, no sentido da construção de uma "organização aberta, evolutiva, também flexível, com finalidade explícita e responsabilizante para todos" Bartolli (1992) apud Rivera (2003). Neste sentido Rivera (2003), aponta a incapacidade de representação da diversidade, especialmente a proveniente do nível local, dos modelos de planejamento global que o setor saúde se apropria. Outra razão para a adoção da proposta de complementaridade dos modelos de gestão é o desejo de superação dos obstáculos inerentes a todo processo instituinte e inovador.

Identificamos na proposta de Campos (2000) para realizar a co-gestão de coletivos ao qual denomina Método da Roda, outro ponto convergente referente à democratização das instituições e a construção coletiva de objetivos e objetos de investimento comuns como alternativa para o desenvolvimento de sentimentos de pertinência e pertencimento, trabalhando a subjetividade de forma que possa subsidiar um pensamento estratégico. Nesta linha, Matos (1999) ressalta que "Nada adianta ter estratégia sem ter visão estratégica, que por sua vez não existe sem pensamento estratégico", para tanto requer a criação de espaços, situações e cenários que proporcionem uma reflexão contínua sobre a realidade o que demanda aprendizagem significativa e contextualizada. O que significa também focar em determinado objetivo, seja o de transformação, de solucionar problemas ou viabilizar oportunidades. Peter Senge (2001), entende a organização como uma sociedade em um processo permanente de aprendizagem, demandando uma forma de gerir que supõe o exercício de uma liderança comunicativa de apoio sistemático à capacidade coletiva de aprendizagem.

Outra referência consiste na gestão baseada em evidências que segundo Mendes 2003, baseia-se na gestão dos meios para a gestão dos fins tomando em consideração a gestão da clínica, dos recursos humanos, materiais e financeiros. Dentro do processo de desenvolvimento a gestão reconhece o seu papel de catalisadora e substrato, facilitando e sendo facilitada pelo processo de formação e educação permanente e pelas estratégias pedagógicas/andragógicas da linha problematizadora e de educação popular, num ciclo de reciprocidade.

A formação e capacitação são pontos chave para o desenvolvimento deste processo. A Organização Pan-americana de Saúde (1991) reconheceu como mecanismo para fazer a educação dos trabalhadores em saúde, o manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências, entendendo saúde como conceito amplo e como um processo permanente que se remete ao trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento através da investigação, caracterizando a Educação Permanente – EP – (processo de transformação das relações entre os sujeitos, os saberes, as metodologias e as práticas pautadas nas necessidades e na percepção dos atores envolvidos, resgatando ou ressaltando o poder decisório e a capacidade de construção do coletivo).

Dessa forma, a EP vem convergir com os objetivos da gestão e do ensino aprendizagem, reconhecendo de forma global o processo de trabalho também como fonte de conhecimento e objeto de transformação, no sentido de rever técnicas,

métodos, caminhos, atitudes, posturas, pensamentos e sentimentos considerando que o serviço, o trabalho, a atenção, a educação e a qualidade têm como finalidade e razão de ser, contribuir, para satisfazer as necessidades individuais e coletivas percebidas ou não pela população, que caracterizam as demandas oficial e latente.

Assim sendo, a EP fortalece a fundamentação teórica adotada para a gestão e o processo de ensino e aprendizagem, transformando-as em conhecimento público, pleiteando novas propostas, articulando-as com a prática concreta na criação de novas condições de gerenciamento e estratégias que propiciem a continuidade e permanência do processo de inovação do conhecimento com criatividade e reflexão crítica demarcando e sendo demarcada, dialogicamente, por novas situações sociais e exigências no âmbito da cultura local.

Configura-se, neste contexto, a necessidade de adoção de um modelo para o processo ensino/aprendizagem que seja emancipador e comprometido com o empoderamento e desenvolvimento da autonomia dos atores, aspectos estes centrais também para a promoção da saúde e desenvolvimento social e humano (Ottawa 1996), o que pode ser contemplado pela andragogia a partir da operacionalização de seus princípios: autonomia, experiência, prontidão para a aprendizagem, aplicação da aprendizagem e motivação para aprender (Knowles 2001 apud Goecks) e pela Educação Popular. Em relação às Linhas-Guia, atualmente é internacionalmente aceita a pressuposição de que a implementação de diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças, definidas a partir da evidência científica disponível acerca da eficácia e efetividade de intervenções, produz melhores resultados na população assistida (Bodenheimer et al, 2002; Grimshaw & Russell, 1993).

Contudo, ressalta-se que a CEAB-TO assume as Linhas-Guia não apenas como diretrizes clínicas, mas principalmente como diretrizes para a construção de Linhas de Cuidado para a organização da atenção à saúde tomando como referência o conceito de *práticas cuidadoras*, assumindo-a na ordem da gestão dos sistemas de saúde de modo que os serviços se mostrem encadeando uma *rede de serviços cuidadores*, uma trama de linhas singulares entrelaçadas para a construção da *resolutividade assistencial* e do *acolhimento de pessoas em rede* (Ceccim, 2006).

A produção de Linhas do Cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção - com integralidade - das respostas possíveis às vivências individuais do processo saúde-doença, em uma abordagem do ponto de vista holístico (social, cultural, emocional...), comprometendo-se simultaneamente com a modificação dos determinantes sociais

que produzem as condições de vida, adoecimento e cura destas pessoas nas suas vidas em comunidade, em uma perspectiva também coletiva, populacional e política.

Desta forma a noção de Linha do Cuidado é também assumida como concepção para a gestão e para o ensino/formação com o objetivo de desenvolver o trabalho em saúde.

Nesse sentido, Ceccim, 2006 propõe a construção de conceitos, experiências, habilidades e estruturação de apoio matricial entre serviços para: o estabelecimento, em equipe, de projetos terapêuticos singulares; para problematizar processos e condutas na forma da educação permanente em saúde e para participar de uma avaliação e regulação da rede de saúde que consiga pensá-la como única e orientada pelos interesses dos usuários. Acrescenta-se a necessidade no desenvolvimento de conceitos, experiências e habilidades também para a formação de uma rede de suporte fora do setor saúde, complementado as Linhas de Cuidado a partir da perspectiva holística e integral e da mesma forma habilidades e tecnologia para a regulação deste processo, o que envolve outras instâncias de negociação e pactuação.

Em lugar da imagem da pirâmide, recurso didático usado para ensinar e montar hierarquias de complexidade embasadas no uso de equipamentos e recursos tecnificados para o diagnóstico e terapêutica – uma imagem da ordem da racionalidade gerencial hegemônica (administração científica) – Ceccim 2006, propõe a imagem da mandala, configurando linhas singulares: diagramas de linhas e não fluxos verticais de referência e contra-referência, uma mandala de linhas do cuidado e não uma pirâmide de complexidade crescente do uso de técnicas e equipamentos tecnológicos.

No âmbito individual a Linha de cuidado, na proposta de Merhy 2003, constitui-se em um modelo no qual o usuário deve ser acompanhado segundo determinado projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não por uma lógica "indutora de consumo". Esse mecanismo visa assegurar a qualidade da assistência prestada. Dentro desta proposta discute-se os avanços e limites da regulação pública da saúde e também o mapeamento da integralidade da assistência pelo acompanhamento da Linha do Cuidado.

Para tanto, faz-se necessário analisar criticamente a gestão e o ensino sobre a rede de saúde, sua assunção tácita da hierarquia em pirâmides da assistência e sua manutenção da visão biologicista do cuidado, quando se trata de construir o pensamento ordenador de sistemas de saúde, com o propósito de identificar os desafios à gestão e ao ensino/formação para construir uma visão de rede pautada na integralidade em saúde tanto na gestão como na atenção.

A abordagem integralizadora e holística desta questão passa pela necessidade de que as Linhas de Cuidado sejam construídas e reconstruídas com a comunidade a partir de sua realidade e que seja conformado um sistema de regulação e apoio à gestão como retaguarda para o desenvolvimento destas Linhas de Cuidado.

Dentro da atual proposta de regionalização, descrita no Pacto pela Saúde, a construção e viabilização das Linhas de Gestão, Atenção e Cuidado, na perspectiva da participação e envolvimento social, tornando-o um processo também pedagógico de construção e potencialização de capacidades e habilidades, contribuirá para a identificação e o desenvolvimento das Regiões de Saúde, posto que as bases deste processo de construção não estão apenas na capacidade instalada dos serviços de saúde, mas na cultura, potencialidades, dificuldades, sistema e redes sociais, valores e outros condicionantes e determinantes da qualidade de vida da comunidade que vive e dá vida a estes territórios.

Monitoramento e Avaliação

Avaliar a qualidade e o provimento da Atenção à Saúde realizada por meio dos municípios e assegurar que sejam cumpridos os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde é uma das responsabilidades constitucionais da Secretaria Estadual de Saúde, para tanto, faz-se necessário considerar: a responsabilidade suplementar do Estado em relação aos municípios no que diz respeito à provisão da atenção à saúde; a necessidade de avaliar a Atenção Básica a partir das dimensões que a compõe, contribuindo para minimizar a tendência de fragmentação por programas, projetos e atividades; compreender as especificidades e prioridades locais conforme as necessidades e organização dos municípios. Cabem aos gestores do SUS assegurar que os serviços de atenção à saúde sejam executados com qualidade tendo como base as orientações de protocolos, diretrizes clínicas e linhas de cuidado e o pleno atendimento aos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade e integralidade, participação e controle social. Logo, o Sistema de Monitoramento e Avaliação precisa prover informações relacionadas à qualidade da Atenção à Saúde bem como quanto à Gestão deste processo dentro do SUS.

Assume-se o monitoramento como o acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços enquanto que a avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto do tempo. Dessa forma, em algumas circunstâncias, o monitoramento pode produzir informações para a realização de uma avaliação mas não corresponder necessariamente à implementação da mesma. A transformação de dados em informações bem como a sua utilização para a avaliação, requer a formulação de perguntas específicas para

orientar a análise e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos (HARTZ).

O Monitoramento de uma intervenção de desenvolvimento social em execução constitui-se um processo contínuo que usa a coleta sistemática de dados, segundo indicadores específicos e que tem como propósito fornecer ao gestor as informações necessárias para o acompanhamento e controle dos progressos realizados, dos objetivos alcançados e do uso dos recursos alocados.

A Avaliação de uma intervenção de desenvolvimento social é a emissão de um juízo de valor percebido, a partir de um julgamento realizado sobre ela com base em critérios previamente definidos.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ).

A avaliação é um conjunto de ações ou atividades organizadas e sistemáticas que se realizam para reconhecer os avanços e os resultados de um programa e que por sua vez servem para reforçá-lo ou continuá-lo. Também pode ser realizada para detectar os problemas e obstáculos, fazer modificações e evitar erros, de tal maneira que se incrementem os resultados positivos (OMS). Constitui-se como um meio sistemático de apreender lições da experiência e de utilizá-las para melhorar as atividades em curso e promover um planejamento mais eficaz através de uma escolha judiciosa das ações que poderão ser realizadas posteriormente. Isso implica em uma análise crítica de diferentes aspectos da elaboração e da execução de um sistema, programas e das atividades que o compõem, de sua pertinência, de sua formulação, de sua eficiência e de sua eficácia, do seu custo e da sua aceitabilidade por todas as partes envolvidas (OMS). Para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde a avaliação constitui-se em um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e envolve: medir, comparar e emitir juízo de valor (TANAKA e MELO, 2001), segundo os autores a avaliação tem como propósitos: o conhecimento do objeto, determinação de valores de referência, processamento e análise e julgamento de valor; sendo que tudo isto deve ser mediado pelo conhecimento avaliativo.

De forma resumida a avaliação pode ser caracterizada tendo como: finalidade tomar decisões, implementar programas, servir como instrumento de gestão, aprender com as experiências, melhorar a eficiência e eficácia das ações; como objeto: sistemas, programas, medidas, intervenções, ações, atividades; como produto:

juízo de valor e como análise: a base em critérios, normas, e determinados critérios de valor. O referencial teórico mais largamente utilizado em avaliação é o de Donabedian que considera três tipos de avaliação: Estrutura, Processo e Resultado, sendo a Estrutura caracterizada pelos recursos humanos, financeiros, materiais e organizacionais necessários para implementar o sistema, ação/programa; o Processo pelo desenvolvimento do conjunto de procedimentos e atividades previstas para o desenvolvimento do sistema, ação/programa e o Resultado pelos produtos das atividades desenvolvidas, efeitos na situação que originou o sistema, ação/programa. Pretende-se para o desenvolvimento do Plano de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica para o Estado do Tocantins tomar esses conceitos e definições como referencial teórico e metodológico.

Metodologia

Os dados coletados e os resultados produzidos pelas ferramentas de monitoramento e avaliação da atenção à saúde existentes, como: Pacto de Indicadores da Atenção Básica (SIS- Pacto), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), incluindo outros indicadores utilizados para caracterizar a Qualidade de Vida, foram utilizados para gerar as informações sobre estrutura processo e resultado necessárias para o monitoramento e a avaliação, buscando destacar aspectos da gestão, atenção e cuidado no provimento da Atenção Básica.

A Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação (M&A) descrito a seguir constitui-se em uma aproximação, a partir do âmbito estadual, da Proposta Metodológica de M&A a ser construído por meio da construção coletiva, nos municípios, das Linhas Guia de Gestão, Atenção e Cuidado.

Para a priorização de indicadores, variáveis e fontes de informação, na construção da Proposta Metodológica de M&A tomou-se como base: condições sensíveis a Atenção Básica considerando também o ciclo de vida; situação sanitária, social e econômica que impactam a atenção básica; participação e controle social; estrutura dos serviços e investimento financeiro da gestão estadual.

A Proposta Metodológica contempla 08 (oito) indicadores, compostos por variáveis e índices, definidos por meio da análise de viabilidade de verificação e oportunidade de utilização em relação ao contexto atual da AB no Estado, tendo sido considerados também para estas análises os indicadores construídos e elencados a partir do Curso de Monitoramento e Avaliação ministrado pelo Centro Colaborador.

IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil

O IDI, elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), incorpora dimensões do conceito de desenvolvimento infantil contidos na doutrina da proteção integral da Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e no Estatuto da Criança e do Adolescente. São indicadores do IDI: a escolaridade dos pais (percentual de crianças menores de 6 anos de idade morando com mães com escolaridade precária e o percentual de crianças menores de 6 anos de idade morando com pais com escolaridade precária); os serviços de saúde (cobertura vacinal contra sarampo e DTP em crianças menores de um ano de idade e percentual de mães com cobertura pré-natal adequada); e serviços de educação (taxa de escolarização bruta na creche e taxa de escolarização bruta na pré-escola). Durante este período da infância a família representa um papel significativo no que diz respeito à socialização, cuidados psicológicos e afetivo. Assim, como o bem estar e a vulnerabilidade da criança estão intimamente ligados aos recursos materiais e educacionais de suas famílias.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES visa disponibilizar informações sobre as condições de infra-estrutura e recursos humanos dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas: Federal, Estadual e Municipal. A estrutura e capacidade dos serviços podem estar relacionadas com a resolutividade dos mesmos e com o alcance de metas, em consequência relacionada com a melhoria da assistência à comunidade.

Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde tem como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A fim de manter equilíbrio dos interesses envolvidos, a composição do Conselho deve ser paritária: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores (Resolução nº 333/2003 do CNS). A lei 8.142, de 1990, instituiu os conselhos e as conferências de saúde como instâncias do controle social, por meio dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade, ao lado do governo, no acompanhamento e na definição de políticas públicas de saúde.

Indicadores selecionados:

Os indicadores selecionados estão divididos em dois grupos: Indicadores relacionados à governabilidade do setor saúde e Indicadores gerais, relacionados ao território e que são de governabilidade de outros setores, mas que têm influência sobre as condições de saúde da população.

Indicadores relacionados à governabilidade do setor saúde

1 - Indicador: Cumprimento de metas pactuadas no SIS Pacto (Pactuação de Indicadores da Atenção Básica), tomando em consideração as 18 variáveis prioritizadas.

Medida: percentual de metas alcançadas

Variáveis:

- Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade causas mal definidas
- Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos de idade
- Número absoluto de óbitos neonatais
- Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal
- Razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária.
- Taxa de internações por acidente vascular cerebral
- Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva
- Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético mellitus
- Proporção de internações por diabetes mellitus
- Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva
- Proporção de abandono de tratamento de hanseníase
- Taxa de detecção de casos novos de hanseníase
- Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados
- Taxa de prevalência da hanseníase
- Cobertura de primeira consulta odontológica
- Proporção de exodontias em relação as ações odontológicas básicas individuais
- Média mensal de visitas domiciliares por família

2 - Indicador: Estrutura para o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família (física e recursos humanos), considerando 4 variáveis.

Medida: percentual de variáveis positivas

Variáveis:

Indicador: Estrutura física existente em relação ao número de equipes de Saúde da Família.

Medida: N° de equipes de saúde da família por unidade de saúde da família.

Indicador: Cobertura de Equipes de Saúde da Família

Medida: % de cobertura populacional

Indicador: Relação entre a Cobertura de Equipes de Saúde da Família e de Equipe de Saúde Bucal.

Medida: % de cobertura

Indicador: Adequação do número de ACS por Equipe de Saúde da Família

Medida: Equipes de Saúde da Família completas considerando o teto de ACS por equipe.

3 - Indicador: Consultas médicas nas especialidades básicas.

Medida: média anual de consultas médicas por habitantes nas especialidades básicas.

(parâmetro regional: 1,3)

4 - Indicador: Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de 1 ano de idade

Medida: cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de 1 ano de idade, maior ou igual a 95%

(parâmetro regional: 70%)

Indicadores gerais, relacionados ao território que são de governabilidade de outros setores, mas têm influência sobre as condições de saúde da população:

1 - Indicador: Condições de estrutura e saneamento (município), considerando 8 variáveis do SIAB.

Medida: percentual de variáveis positivas

Variáveis:

- Tipo de Casa – Tijolo/Adobe
- Destino do Lixo – Coletado
- Abastecimento de Água – Rede Pública
- Destino de Fezes e Urina – Sistema de Esgoto
- Cobertura de Plano de Saúde – Sim/Não
- Crianças de 7 a 14 anos na escola
- Pessoas com mais de 15 anos alfabetizadas
- Residências com energia elétrica

2 - Indicador: Condições de desenvolvimento humano

Medida: Índice de desenvolvimento Humano
Educação (alfabetização e taxa de matrícula), Longevidade (esperança de vida ao nascer) e Renda (PIB per capita).

3 - Indicador: Condições de desenvolvimento infantil

Medida: Índice de Desenvolvimento Infantil.

Escolaridade dos pais:

Percentual de crianças menores de 6 anos de idade morando com mães com escolaridade precária

Percentual de crianças menores de 6 anos de idade morando com pais com escolaridade precária);

Educação (taxa de escolarização bruta na creche e taxa de escolarização bruta na pré escola).

Cobertura vacinal contra sarampo e DTP em crianças menores de um ano de idade; percentual de mães com cobertura pré-natal adequada

4 - Indicador: Participação e controle social

Medida: cumprimento da resolução nº333/2006 do Conselho Nacional de Saúde.

Proposta para Avaliação

Para o estudo foi utilizada a divisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) - base para a discussão e definição das Regiões de Saúde no processo de implantação do Pacto pela Saúde.

Para cada indicador foi criado um score distribuído em quartis, definidos a partir dos resultados encontrados. Em seguida, os quartis foram reorganizados de forma a expressar juízos de valor, estes foram associados aos juízos BOM, REGULAR e RUIM. Dependendo de suas posições quartílicas, os municípios foram classificados da seguinte maneira: município com resultado menor ou igual ao 1º quartil foi classificado como RUIM, município com resultado maior ou igual ao 3º quartil foi classificado como BOM, os demais resultados classificaram o município como REGULAR, caracterizados pelas cores Verde para BOM, Amarelo para REGULAR e Vermelho para RUIM.

Para tal emissão de valor, os números (-1), (0) e (+1) foram associados aos juízos RUIM, REGULAR e BOM, respectivamente. Esta adequação possibilita estabelecer uma classificação geral de cada município quanto ao conjunto de indicadores e variáveis selecionados para o processo de M&A da Atenção Básica. Essa classificação dá-se a partir do somatório dos números (-1), (0) e (+1) das linhas. Para os dois grupos de indicadores, o resultado poderá variar de -4 e +4, score que será empregado para classificar os municípios.

Neste Plano de M&A a classificação Geral do Município que alcançar soma -4 a -3 será como RUIM, REGULAR para somas entre -2 a +2 e BOM para somas entre +3 a +4.

A forma de coleta e registro das informações permitiu o detalhamento quanto aos indicadores e variáveis necessárias para o conhecimento mais aproximado da realidade, como por exemplo, para um município que foi Classificado como REGULAR, na classificação geral, foi possível verificar quais indicadores e/ou variáveis contribuíram para esta classificação, bem como quais as maiores fragilidades quanto a estrutura, processo, resultado e impacto e sua distribuição espacial, possibilitando uma assessoria a partir de evidências.

Os resultados dos Sistemas de Informação, indicadores e respectivas variáveis deverão ser validadas pelos municípios, no sentido de verificar a qualidade das informações e conhecer as causas dos problemas evidenciados pelos resultados dos mesmos indicadores.

Com a proposta de Monitoramento e Avaliação pretende-se monitorar e a avaliar indiretamente os sistemas de informação, a assistência à saúde e a gestão em relação à Atenção Básica.

Resultados da Aplicação da Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

Para a aplicação como piloto, da proposta de M&A foram considerados os municípios da microrregião de Palmas, segundo o Plano Diretor de Regionalização. A Região foi escolhida por ter sido priorizada também para iniciar o processo de implantação do Pacto pela Saúde.

A Região é composta pelos seguintes municípios:

Bom Jesus do Tocantins

Centenário

Pedro Afonso

Recursolândia

Santa Maria do Tocantins

Tupirama

Miracema do Tocantins

Miranorte

Rio dos Bois

Tocantínia

Aparecida do Rio Negro

Lagoa do Tocantins

Lajeado

Lizarda

Mateiros

Novo Acordo

Palmas

Rio Sono

Santa Tereza do Tocantins

São Félix

Os resultados dos indicadores e respectivas variáveis destes municípios foram utilizados para calcular os parâmetros para a micro-região. Parâmetros estes que também foram utilizados para avaliação e classificação dos municípios. Outra observação importante, foram utilizados os dados de 2005 com exceção do IDH (2000) e IDI (2004).

Pretende-se desta forma realizar uma avaliação e estabelecer juízos de valor, mais próximos da realidade local.

Tabela 1 - Indicadores relacionados à governabilidade do setor saúde

		cumprimento de metas pactuadas do sispecto	estrutura para desenvolvimento da estratégia saúde da família	consultas médicas nas especialidades básicas	cobertura vacinal da tetravalente em menores de 1 ano de idade	Somatório município
1	BOM JESUS DO TOCANTINS	-1	1	1	1	2
2	CENTENÁRIO	1	1	-1	1	2
3	PEDRO AFONSO	-1	0	1	1	1
4	RECURSOLÂNDIA	1	0	-1	1	1
5	SANTA MARIA DO TOCANTINS	0	1	-1	1	3
6	TUPIRAMA	0	1	1	1	3
7	MIRACEMA DO TOCANTINS	-1	0	-1	-1	-3
8	MIRANORTE	1	0	1	1	3
9	RIO DOS BOIS	-1	-1	-1	1	-2
10	TOCANTÍNIA	-1	0	-1	1	-1
11	APARECIDA DO RIO NEGRO	0	0	1	1	2
12	LAGOA DO TOCANTINS	1	1	-1	1	2
13	LAJEADO	0	1	1	-1	1
14	LIZARDA	1	0	1	1	3
15	MATEIROS	-1	0	-1	-1	-3
16	NOVO ACORDO	0	1	1	1	3
17	PALMAS	1	0	-1	-1	-1
18	RIO SONO	-1	-1	-1	1	-2
19	SANTA TEREZA DO TOCANTINS	1	1	1	1	4
20	SÃO FELIX DO TOCANTINS	1	-1	-1	1	0

BOM 5

REGULAR 13

RUIM 2

Gráfico 1 Indicadores Gerais, relacionados ao Território

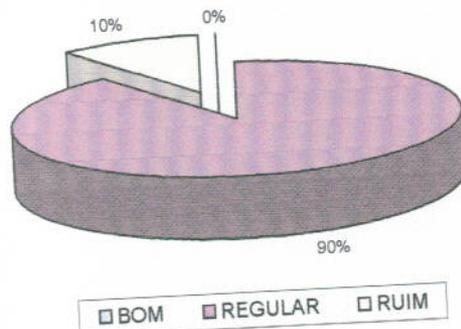


Gráfico 2: % de municípios que apresentaram resultado RUI, por variável - Indicadores Relacionados à Governabilidade

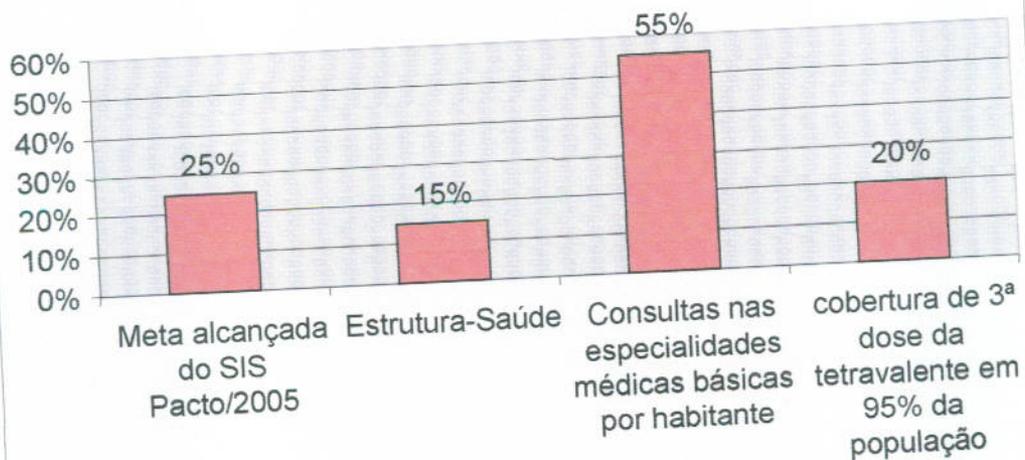


Gráfico 3: % de Municípios que apresentaram resultado RUI, por variável - SIS Pacto2005

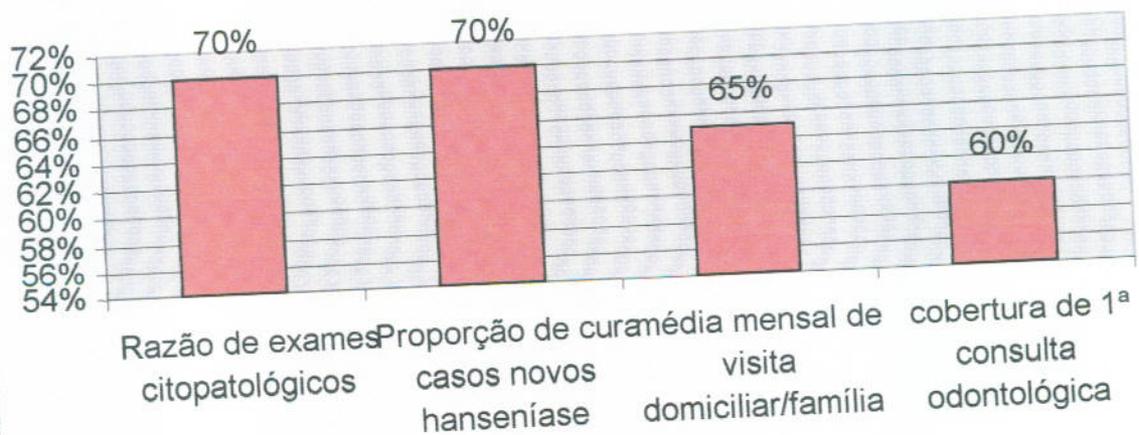


Gráfico 4: % de Municípios que apresentaram resultado RUIM, por variável - Estrutura Saúde da Família

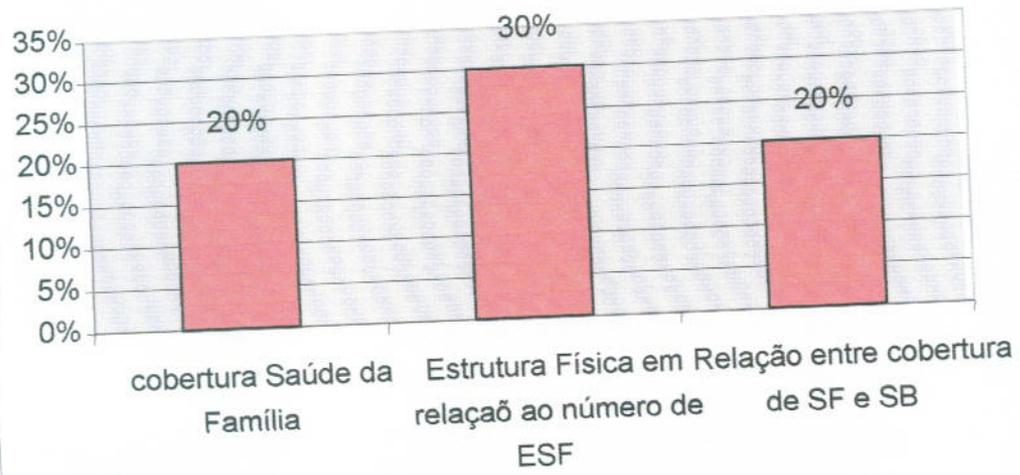


Tabela II: Indicadores gerais, Relacionados ao Território

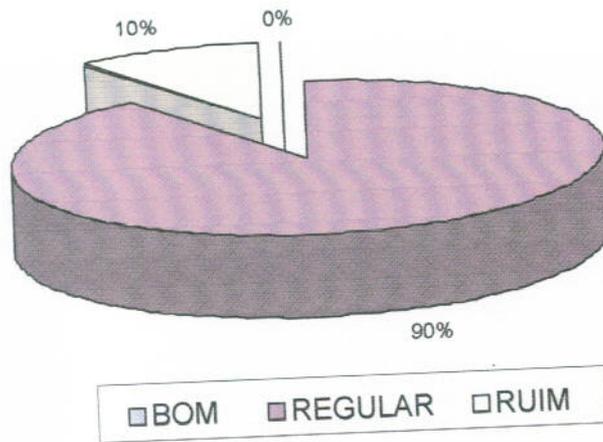
		condições de estrutura e saneamento	condições de desenvolvimento humano	condições de desenvolvimento infantil	participação e controle social
1	BOM JESUS DO TOCANTINS	0	0	-1	-1
2	CENTENÁRIO	-1	0	-1	0
3	PEDRO AFONSO	1	0	0	-1
4	RECURSOLÂNDIA	-1	0	-1	0
5	SANTA MARIA DO TOCANTINS	0	0	-1	-1
6	TUPIRAMA	-1	0	0	-1
7	MIRACEMA DO TOCANTINS	0	0	0	1
8	MIRANORTE	0	0	0	0
9	RIO DOS BOIS	-1	0	0	0
10	TOCANTÍNIA	0	0	0	1
11	APARECIDA DO RIO NEGRO	0	0	0	0
12	LAGOA DO TOCANTINS	0	0	-1	-1
13	LAJEADO	0	0	0	-1
14	LIZARDA	-1	0	-1	-1
15	MATEIROS	0	0	-1	0
16	NOVO ACORDO	0	0	-1	0
17	PALMAS	1	1	0	0
18	RIO SONO	0	0	-1	1
19	SANTA TEREZA DO TOCANTINS	0	0	0	1
20	SÃO FELIX DO TOCANTINS	-1	0	-1	-1

BOM 0

REGULAR 18

RUIM 2

Gráfico 5: Indicadores Gerais, relacionados ao Território



bom	regular	ruim
0	18	2

Gráfico 6: % Municípios que apresentaram resultado RUIIM, por variável - Indicadores Gerais

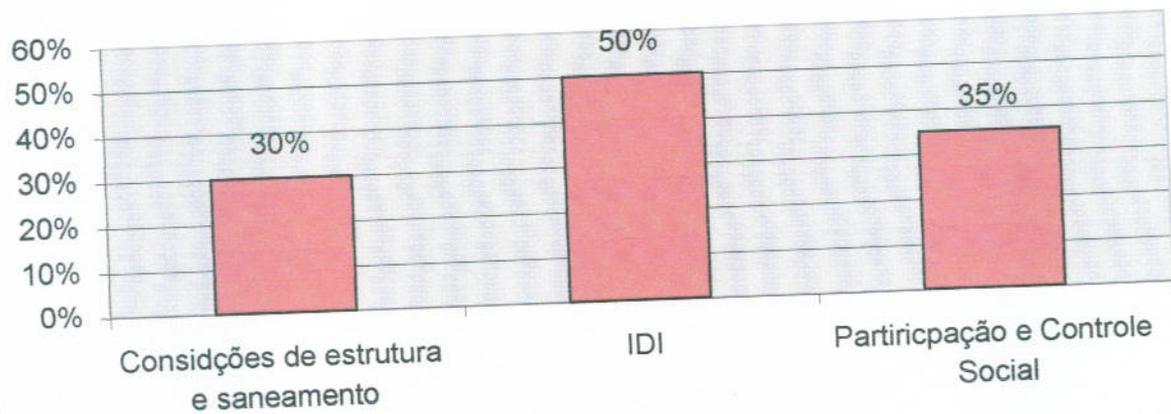


Tabela III: Classificação dos municípios: Ruim

classificação - RUIM									
Municípios	SIS Pacto	Estrutura SF	Consulta Médica Especialidades Básicas	Cobertura Vacinal	Estrutura/Município	IDH	IDI	Participação e controle social	Total RUIM
							x	x	3
1 Bom Jesus	x				x		x		3
2 Centenário			x					x	2
3 Pedro Afonso	x				x		x		3
4 Recursolândia			x				x	x	3
5 Santa Maria			x		x			x	2
6 Tupirama									3
7 Miracema	x		x	x					0
8 Miranorte					x				4
9 Rio dos bois	x	x	x						2
10 Tocantina	x		x						0
11 Aparecida			x				x		2
12 Lagoa do Tocantins				x				x	2
13 Lajeado					x		x	x	3
14 Lizarda			x	x			x		4
15 Mateiros	x						x		1
16 Novo Acordo			x	x					2
17 Palmas			x				x		4
18 Rio Sono	x	x	x						0
19 Santa Tereza					x		x	x	5
20 São Félix		x	x						

Tabela V: Classificação dos municípios: Bom

Nº	Municípios	SIS Pacto	Estrutura SF	Consulta Médica especialidades básicas	Cobertura vacinal	Estrutura/ Município	IDH	IDI	Participação e controle social	Total
										3
1	Bom Jesus		x	x	x					3
2	Centenário	x	x		x	x				3
3	Pedro Afonso			x	x					2
4	Recursolândia	x			x					2
5	Santa Maria		x		x					3
6	Tupirama		x	x					x	1
7	Miracema				x					2
8	Miranorte			x	x					1
9	Rio dos bois				x					1
10	Tocantina				x				x	3
11	Aparecida			x	x					3
12	Lagoa do Tocantins	x	x							2
13	Lajeado		x	x						3
14	Lizarda	x		x	x					0
15	Mateiros									3
16	Novo Acordo		x	x	x	x	x			3
17	Palmas	x			x				x	2
18	Rio Sono				x				x	5
19	Santa Tereza	x	x	x	x					2
20	São Félix	x			x				4	
		6	8	9	16	2	1	0		

Tabela VI: Classificação – Risco para a Atenção Básica

Nº	Municípios	Bons	Regular	Ruins
1	Bom Jesus	3	2	3
2	Centenário	3	2	3
3	Pedro Afonso	3	3	2
4	Recursolândia	2	3	3
5	Santa Maria	2	3	3
6	Tupirama	3	3	2
7	Miracema	1	4	3
8	Miranorte	2	5	0
9	Rio dos Bois	1	3	4
10	Tocantinia	1	5	2
11	Aparecida	3	5	0
12	Lagoa do Tocantins	3	3	2
13	Lajeado	2	4	2
14	Lizarda	3	2	3
15	Mateiros	0	4	4
16	Novo Acordo	3	4	1
17	Palmas	3	3	2
18	Rio Sono	2	2	4
19	Santa Tereza	5	3	0
20	São Félix	2	1	5

LEGENDA	
	PRIORIDADE 1 30% Municípios (6)
	PRIORIDADE 2 15% Municípios (3)
	PRIORIDADE 3 40% Municípios (8)
	PRIORIDADE 4 15% Municípios (3)

Monitoramento – Periodicidade

Quadro II: Periodicidade de monitoramento por indicadores.

Indicadores	Virtual	In loco
Indicadores e variáveis - SIS Pacto	Presencial - SESAU: Pactuação de indicadores (1º semestre) e avaliação (2º semestre) Virtual: trimestral	Conforme classificação de Risco: Prioridade 1: visita trimestral Prioridade 2: visita semestral Prioridade 3 e 4: visita anual
Indicadores e variáveis - CNES	Trimestral	
Consulta Médica nas Especialidades Básicas	Trimestral	
Cobertura Vacinal	Trimestral	
Indicadores e variáveis - SIAB	Trimestral	
IDH		
IDI		
Indicador – Participação e controle social	Trimestral	

Avaliação – Periodicidade

- Anual

Planos de intervenção

Deverão ser traçados com a participação dos municípios, de acordo com o nível de prioridade identificada.